

## 福祉サービス第三者評価の結果

平成19年6月25日 提出

評価機関	名 称	社会福祉法人 弘前市社会福祉協議会評価機関
	所 在 地	弘前市宮園2丁目8-1
	事業所との契約日	平成18年11月24日
	評価実施期間	平成18年11月24日～平成19年2月28日
	事業所への 評価結果の報告	平成19年2月28日

## 1 福祉サービス事業者情報

## (1) 事業者概況

事業所名称 (施設名)	山郷館	種別	身体障害者療護施設		
代表者氏名 (管理者)	館長 工藤 伸役	開設年月日	昭和54年 4月 1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人 七峰会	定員	30人	利用人数	30人
所在地	(〒036-1343) 弘前市大字百沢字東岩木山2628				
連絡先電話	0172-97-2211	FAX電話	0172-97-2213		
ホームページアドレス					

## (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
居宅介護、重度訪問介護、行動援護、児童デイサービス、短期入所、相談支援事業、移動支援事業、地域活動支援センター機能強化事業Ⅱ型、日中一時支援事業、生活サポート事業、障害者生活支援センター(市委託事業)	誕生会(毎月)、桜祭り、日帰り旅行、夏祭り、屋外昼食、虹のコンサート、クリスマスキャロリング、忘年会、新年会、節分、ひな祭り		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
2人部屋×8室、3人部屋×3室、短期入所専用室×3室	医務室、看護室、静養室、理髪室、男子トイレ、女子トイレ×2、男子洗面所、女子洗面所、特別浴室、一般浴室、脱衣室、面接相談室、食堂、集会室、機能回復訓練室、洗濯室		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
館長	1	理学療法士	1
医師	3	事務員	3
看護師	3	栄養士	1
生活支援員	2	調理員	3
介護職員	19	その他	5

## 2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ <b>利用者を尊重した取り組み</b> 利用者を尊重する考えが法人理念・運営方針等に明示され接遇マニュアルの整備や内部研修にて利用者を尊重した取り組みを心がけており、同性介助の実施や利用者自治会との話し合いによる意向把握などの具体的な取り組みがされている。</li><li>・ <b>個々の利用者への状態に応じた様々な支援</b> 個々の利用者の身体状態や要望を正確に把握することにより全利用者の食事、排泄、入浴などに対応した個別の介護マニュアルが整備され職員が共通理解の基に活用し、個々の利用者に向けた細かなケアが提供されている。また、利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援も活発であり、様々なコミュニケーション補助装置の活用や職員による製作などが理学療法士との連携でおこなわれており利用者個々の状態に応じたコミュニケーション方法が実施されている。</li><li>・ <b>利用者に関する記録の管理・共有</b> 利用者に関する記録が施設内コンピューターネットワークシステムにより管理・共有化されており、実施したサービスが随時、記録され各部署にて記録内容が瞬時に確認でき、業務の効率化が図られている。</li><li>・ <b>利用者の安全対策</b> 利用者に安心・安全な生活を提供するために、専門にリスクマネジメント検討委員会の設置やヒヤリハットの報告・分析・対策を徹底して実施しており、組織として事故防止・安全対策に取り組んでいる。</li></ul>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ <b>利用者からの意見や相談への体制</b> 利用者からの苦情に対する体制が苦情受付窓口、責任者、第三者委員の設置など整備されており、利用者からの苦情に限定されない意見や提案への対応も迅速に実施されているが、それら意見等への組織内での検討方法や対応方法などを含めたマニュアルを整備し活用されることが求められる。また、利用者が活用できるとされる複数の外部相談機関等を利用者に対して、わかりやすく周知、説明するなどの取り組みが求められる。</li><li>・ <b>情報開示に関する取り組み</b> 利用者の記録等に関して文書管理規程を設け個人情報の保護に対する取り組みがされているが、利用者自身や家族等からの情報開示を求められた場合の対策が講じられていないため情報開示に関する対応への取り組みが求められる。</li></ul>

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>利用者からの意見や相談への体制に関して</p> <p>・「しくみ」が整備されているというだけでなく、主体者である利用者と家族等について、いかにわかりやすく伝えていくことができるか、工夫していきたい。</p> <p>情報開示に関する対応への取り組みについて</p> <p>・情報開示を求められた場合の対策を具体的に講じていきたい。 ・また、情報開示の意味、目的についても周知していきたい。</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	法人の理念・基本方針が法人パンフレット、事業計画書に明記されている。職員に対しては、事業計画書の配布や研修等により周知され、家族等にはパンフレットの配布により周知されている。
	2 計画策定	中・長期計画が、法改正に伴う今後の事業展開など具体的な内容で策定されており、各年度の事業計画は中・長期計画を反映した内容で策定され全職員に配布、説明がされ共通の理解を図るよう取り組まれている。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者は、各書類において自らの責任を明文化しており、外部の各種研修、会議等への積極的な参加により得た情報等を施設運営に反映させている。また、施設内において様々な委員会を設置し自らも各会議へ積極的に参加しリーダーシップを発揮している。

評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	各種業界団体への加入や職員の研修参加などにより社会福祉事業の動向や経営環境の変化に関する状況把握が行われており、事業所周辺地域の福祉ニーズに関するデータの収集も実施され的確に把握している。また、有識者による法人内の監査により経営改善を積極的に行なっているが、より組織の透明性を確保するためである会計士等、外部の会計専門家による外部監査が実施されていない。
	2 人材の確保・養成	法人レベルでの人事考課が実施されており、定期的開催している管理者と職員の個別面談により職員の就業に関する意向等が把握され人事考課や改善策へ反映されている。また、個々の職員の研修が組織として求める基本姿勢や専門性等に基づいて行われており職員の質の向上に向けた取り組みが実施されている。社会福祉士などの実習生受入れも担当職員、受入れマニュアル整備の基行われており後進の育成にも組織として積極的に取り組んでいる。
	3 安全管理	利用者の安全確保のために事故、災害、感染症対策、衛生管理などの各種マニュアルを整備し担当部署としてリスクマネジメント検討委員会を設置しヒヤリハットなどの事例を収集し事故防止の対策等が検討されている。また、内部研修にて救急法の講習を実施したり緊急時に備え医療機関や地元消防団との協力体制が確保されている。
	4 地域との交流と連携	地元地域との交流が長年にわたり行事や防災活動などで積極的に図られており定期的な広報紙の配布もされている。利用者の外出などにボランティアの利用がされており利用者の社会資源の活用が行われているが、地域との関わりについての基本姿勢が事業計画等に明記されていないため具体的な基本姿勢の明記が望まれる。また、市より受託し運営している障害者支援センターとの連携により相談事業を中心に障害者及び一般市民への支援活動や障害者福祉の啓発活動が実施されている。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	利用者を尊重した基本姿勢が法人理念、運営方針等に明示されており、利用者尊重とプライバシーへの配慮を明示した接遇マニュアルを整備し職員に配布、内部研修にて学習がされている。また、利用者満足の上昇のために利用者自治会との定期的な話し合いの機会が設けたり苦情解決の仕組みの整備などがされている。
	2 サービスの質の確保	全利用者個別の詳細な介護全般のマニュアルをはじめ様々なマニュアルが整備されており各会議や内部研修にて周知され、それに基づいたサービスが提供されている。各種マニュアルは実践を踏まえながら検討され、必要に応じて見直し改善がされている。また、利用者個々の記録がコンピューターにて管理されネットワークシステムにて職種を超えて情報が共有されるようになっている。
	3 サービスの開始、継続	施設サービス利用開始時には重要事項説明書を基に契約内容等をわかりやすく説明しており、現在利用中の利用者に対しても法改正に伴う変更点などを保護者も含め説明会を開催し十分な説明が行われている。また、サービス移行時には文書にて引継ぎを行い継続して相談ができるように相談窓口の設置もされている。
	4 サービス計画の策定	利用者の身体状況や生活状況、要望等を正確に把握するために行うアセスメントが統一した様式にて実施されており、それを基に利用者一人ひとりの支援計画が作成されサービスが提供されている。また、支援計画は定期的に担当者及び各部門の職員からの情報や意見を基に見直しがされている他に利用者の状態に応じて随時の見直しがされ常に利用者本位のサービスが提供されるよう取り組まれている。
福祉サービス内容評価 (障害者・児施設A)	1 利用者の尊重	利用者自治会と施設側による話し合いが定期的に行われ行事やレクリエーションなどについて意向を聞きながら実施したり利用者が外出する場合にボランティアの利用がされており利用者が主体的に活動できる場面が多く設けられている。また、利用者への支援は、利用者の自力でできる事を尊重して実施されており、身守りを基本としながら援助が必要な場合には利用者の了解の下での援助がされている。
	2 日常生活支援	定期的実施する嗜好調査により利用者の嗜好を把握し季節感のある食事が利用者個々の状態に合わせ様々な形態で提供されている。また、食事、入浴、排泄の介助は利用者一人ひとりの介助マニュアルを作成しており細かな介護がされており、医療環境も医師との連携の基に看護師が中心となり利用者の健康管理に努め日常的な健康相談から緊急時の対応まで可能な体制が整備されている。

5 評価細目の第三者評価結果

## 評価細目の第三者評価結果

評価対象	I 福祉サービスの基本方針と組織	第三者評価結果
<b>I-1 理念・基本方針</b>		
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	○a・b・c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	○a・b・c
I-1-(2) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	○a・b・c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・○b・c
<b>I-2 計画の策定</b>		
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	○a・b・c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	○a・b・c
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	○a・b・c
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者に周知されている。	○a・b・c
<b>I-3 管理者の責任とリーダーシップ</b>		
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	○a・b・c
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理化するための取り組みを行っている。	○a・b・c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	○a・b・c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	○a・b・c

評価対象 II 組織の運営管理		第三者評価結果
<b>II-1 経営状況の把握</b>		
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
II-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	(a)・b・c
II-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	(a)・b・c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	a・b・(c)
<b>II-2 人材の確保・養成</b>		
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	(a)・b・c
II-2-(1)-②	人事考察が客観的な基準に基づいて行われている。	(a)・b・c
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	(a)・b・c
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	(a)・b・c
II-2-(3)-②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	(a)・b・c
II-2-(3)-③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a・b・(c)
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-①	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a・b・(c)
II-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	(a)・b・c
<b>II-3 安全管理</b>		
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	(a)・b・c
II-3-(1)-②	利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	(a)・b・c

(評価対象 II 組織の運営管理)		第三者評価結果
II-4 地域との交流		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a・ <b>b</b> ・c
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	<b>a</b> ・b・c
II-4-(1)-③	ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・b・ <b>c</b>
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	<b>a</b> ・b・c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	<b>a</b> ・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	<b>a</b> ・b・c
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	<b>a</b> ・b・c

評価対象 III 適切な福祉サービス		第三者評価結果
III-1 利用者本位の福祉サービス		
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
III-1-(1)-①	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	<b>a</b> ・b・c
III-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	<b>a</b> ・b・c
III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
III-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	<b>a</b> ・b・c
III-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	<b>a</b> ・b・c
III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
III-1-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a・ <b>b</b> ・c
III-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	<b>a</b> ・b・c
III-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・b・ <b>c</b>

(評価対象 Ⅲ 適切な福祉サービス)		第三者評価結果
<b>Ⅲ-2 サービスの質の確保</b>		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	○a・b・c
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	○a・b・c
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a・b・○c
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	○a・b・c
Ⅲ-2-(2)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立されている。	○a・b・c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実践状況の記録が適切に行われている。	○a・b・c
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・○b・c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	○a・b・c
<b>Ⅲ-3 サービスの開始・継続</b>		
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a・○b・c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	○a・b・c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○a・b・c
<b>Ⅲ-4 サービス実施計画の策定</b>		
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○a・b・c
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	○a・b・c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	○a・b・c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス計画の評価・見直しを行っている。	○a・b・c

障害者・児施設A 福祉サービス内容評価		第三者評価結果
<b>A-1 利用者の尊重</b>		
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	Ⓐ・b・c
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ・b・c
A-1-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	Ⓐ・b・c
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	Ⓐ・b・c
<b>A-2 日常生活支援</b>		
A-2-(1) 食事		
A-1-(2)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	Ⓐ・b・c
A-1-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	Ⓐ・b・c
A-1-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(2) 入浴		
A-2-(2)-①	入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	Ⓐ・b・c
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	Ⓐ・b・c
A-2-(4) 衣服		
A-2-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	Ⓐ・b・c
A-2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a・Ⓑ・c

A-2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	Ⓐ・b・c
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・b・c
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(9)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	Ⓐ・b・c
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	Ⓐ・b・c
A-2-(10)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	Ⓐ・b・c
A-2-(10)-③	嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	Ⓐ・b・c